

Transitiearrangement Jeugd

Regio Arnhem

Gemeente Arnhem
Gemeente Doesburg
Gemeente Duiven
Gemeente Lingewaard
Gemeente Overbetuwe
Gemeente Renkum
Gemeente Rheden
Gemeente Rijnwaarden
Gemeente Rozendaal
Gemeente Wageningen
Gemeente Westervoort
Gemeente Zevenaar

1. Aanleiding voor het Regionaal Transitiearrangement

Per 1 januari 2015 wordt de nieuwe wet Jeugd van kracht. De Wet regelt de overheveling van begroting gefinancierde zorg en premie gefinancierde zorg (via AWBZ en Zvw) naar gemeenten, met een totaalbedrag van zo'n 3,3 miljard euro. Op bestuurlijk niveau komt de verantwoordelijkheid voor alle zorg bij de gemeenten te liggen. Inhoudelijk betekent de nieuwe Jeugdwet een omslag naar meer integrale, preventieve ondersteuning en zorg dichtbij.

Het gaat in andere woorden om een vergaande stelselwijziging die bovendien in een kleine tijdshorizon gerealiseerd moet worden. Om de continuïteit van zorg voor cliënten, die op 31 december 2014 al zorg krijgen of daarvoor een indicatie hebben bij deze stelselwijziging, te borgen en de inrichting ervan bij de gemeenten zo goed mogelijk te faciliteren hebben het Rijk, de VNG en het IPO een aantal initiatieven genomen. Eén daarvan is de tripartiete afspraak over het opstellen van regionale transitiearrangementen om zo de continuïteit van zorg, het beperken van de frictiekosten en discontinuïteit van de infrastructuur te bewerkstelligen.

Uiterlijk 31 oktober 2013 moeten deze transitiearrangementen zijn opgesteld. De Transitiecommissie Stelsel Jeugd (TSJ) beoordeelt de regionale arrangementen en zal aan het Rijk en VNG kenbaar maken als dit arrangement niet voldoet. In dat laatste geval kan het Rijk een aanwijzing geven aan de betreffende regio.

Waar moet het transitiearrangement in ieder geval over gaan?

Het regionaal transitiearrangement geeft een uitwerking van hoe de samenwerkende gemeenten en zorgaanbieders:

- De continuïteit van zorg voor 2015 realiseren.
 - Jeugdigen die voor 1 januari 2015 zorg ontvangen, blijven deze zorg in 2015 ontvangen bij dezelfde aanbieder. Als de indicatie in 2015 afloopt, dan geldt de zorg continuïteit voor maximaal de duur van de indicatie. Voor de pleegzorg geldt geen maximale duur voor de continuïteit van zorg
 - De infrastructuur realiseren om deze continuïteit van zorg in 2015 te bieden aan zittende en nieuwe cliënten tot aan 1 januari 2015
 - De frictiekosten beperken.
- Het transitiearrangement gaat niet in op de compensatie van de frictiekosten, maar vooral op de maatregelen tot het beperken ervan.

2. Proces en reikwijdte

2.1 Partijen en proces totstandkoming Transitiearrangement

Het regionale transitiearrangement jeugd regio Arnhem is een afspraak tussen de gemeenten en de zorgaanbieders. Onder zorgaanbieders wordt in dit RTA verstaan de institutionele en vrijgevestigde aanbieders die zorg leveren aan jeugdigen dat na 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt

Het arrangement is na overleg met de zorgaanbieders en financiers opgesteld. In drie bijeenkomsten is tussen gemeenten, huidige financiers en zorgaanbieders gesproken over de procesmatige en inhoudelijke elementen van het transitiearrangement. In de tweede bijeenkomst is per cluster (gemeenten, provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVB) een aanspreekpunt aangewezen die namens het cluster concept teksten heeft beoordeeld en becommentarieerd. In de derde bijeenkomst, waarbij ook twee personen als voorlopig vertegenwoordiger van de vrijgevestigden aanwezig waren, hebben alle partijen de gelegenheid gehad te reageren op het (vooraf toegezonden) concept RTA. De opmerkingen en conclusies zijn verwerkt in dit RTA.

Het arrangement is vastgesteld door de colleges van B&W van de deelnemende gemeenten. De zorgaanbieders en de huidige financiers zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op zowel de conceptteksten als de definitieve teksten uit het RTA.

2.2 Cliënten

Dit transitiearrangement jeugd heeft betrekking op cliënten die op 31-12-2014 in zorg zijn (zittende cliënten) en op cliënten die op 31-12-2014 een aanspraak op zorg hebben, maar deze zorg op dat moment nog niet krijgen (wachtljstcliënten). Daarnaast bevat dit transitiearrangement afspraken over het bieden van zorg aan nieuwe cliënten tot 31 december 2016 en diverse afspraken over de transformatie van de jeugdzorg. Deze afspraken worden in hoofdstuk 3 en verder beschreven.

2.3 Fricatiekosten

Het transitiearrangement bevat oplossingsrichtingen voor het beperken van de frictiekosten. Fricatiekosten zijn de kosten die gepaard gaan met de transitie en transformatie van jeugdzorg. In het kader van dit arrangement verstaan we onder frictiekosten:

- wachtgelden voor personeel van instellingen (kosten voor direct personeel en voor overhead);
- kapitaallasten (kosten huisvesting) en voortijdig beëindigen van huurovereenkomsten.

Fricatiekosten voor gemeenten, provincie en rijk worden in dit transitiearrangement buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zogenaamde ombouwkosten voor instellingen, waaronder kosten voor ICT / automatiseringskosten.

2.4 Juridische status

Het regionaal transitiearrangement bevat geen juridisch afdwingbare rechten of verplichtingen. Zowel gemeenten als zorgaanbieders spannen zich maximaal in om de gemaakte afspraken te realiseren en uit te voeren.

2.5 Looptijd van 2014-2016

In formele zin heeft het transitiearrangement een looptijd van 2 jaar en loopt het tot en met 31 december 2016. Gemeenten en zorgaanbieders hebben echter afgesproken al vanaf 1 januari 2014 te gaan werken op basis van dit RTA. Daarmee kent dit transitiearrangement in de praktijk een looptijd van drie jaar.

De huidige indicatiestelling (BJZ/CIZ) gaat over in een nieuwe vorm van toeleiding naar zorg (zie ook 4.1). Dit zal in 2014 voorbereid worden en in de looptijd van dit arrangement 2015/2016 geïmplementeerd worden. In het geval dat een indicatie doorloopt tot na 31

december 2016, dan zal deze tijdig worden vervangen door aanspraken vanuit de nieuwe vorm van toeleiding naar zorg.

2.6 Regionaal versus landelijk

Het arrangement heeft betrekking op alle jeugdzorg waarvoor gemeenten in de regio Arnhem vanaf 2015 verantwoordelijk worden. Voor zover de cliënten uit de regio Arnhem specialistische jeugdzorg ontvangen die valt onder het landelijke transitiearrangement, gelden de voorwaarden van dat arrangement.

2.7 Bovenregionaal

Het is de intentie van de regio Arnhem, uit oogpunt van het voorkomen van onnodige bureaucratie, met andere regio's samen te werken. Tussen de regio's in Gelderland vindt overleg plaats over wat bovenregionaal geregeld moet worden en hoe dat vorm gegeven kan worden.

2.8 Voorbehouden

Dit transitiearrangement jeugd stellen de gemeenten vast met de volgende voorbehouden:

- Voorbehoud van volumes.
Voornemens in dit transitiearrangement baseren we op voorlopige cijfers. De werkelijke omvang en vraagontwikkeling kunnen dus in de loop van 2014 en 2015 nog wijzigen.
- Voorbehoud van het macrobudget.
In de meicirculaire van 2014 kunnen er wijzigingen in het budget optreden.
- Voorbehoud gemeentelijke begroting.
Financiering kan alleen worden toegekend indien de gemeentelijke begroting wordt vastgesteld door de Gemeenteraad.
- Voorbehoud inwerkingtreding Jeugdwet.
Het is een bestuurlijk voornemen dat de Jeugdwet op 1 januari 2015 wordt aangenomen, op basis van het voorstel zoals dat nu voorligt. We maken daarom het voorbehoud dat het voorstel zoals dat nu voorligt, niet op relevante onderdelen wordt aangepast.
- Voorbehoud certificering.
Afspraken met betrekking tot jeugdbescherming en jeugdreclassering worden gemaakt onder voorbehoud van certificering van de betreffende instellingen.
- Voorbehoud kwaliteitseisen.
De verwachtingen worden aan aanbieders van jeugdhulp geschetst, onder voorbehoud dat deze aanbieders voldoen aan die kwaliteitseisen in de jeugdwet die op voorhand toetsbaar zijn. Te denken valt aan: een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling, medezeggenschap en systematische kwaliteitsbewaking een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling

3. Gezamenlijke transformatieagenda

Met de decentralisatie van het jeugdstelsel komt de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor het jeugdterrein te liggen bij de gemeente. Waar taken en verantwoordelijkheden nu nog verspreid zijn over Rijk, provincies en gemeenten, krijgt één bestuurslaag de regie over het gehele stelsel.

De volgende voorzieningen worden gedecentraliseerd naar gemeenten: de provinciale (geïndiceerde) jeugdzorg, de gesloten jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), de zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking, de begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen, vervoer bij begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen, kortdurend verblijf ten behoeve van jeugdigen, ggz in het kader van het jeugdstrafrecht (forensische zorg) en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en van jeugdreclassering.¹

De gemeenten in de regio Arnhem hebben een regionale sociale visie opgesteld voor het gehele sociale domein. Deze wordt in het najaar van 2013 verder geconcretiseerd en uitgewerkt. Dit transitiearrangement sluit aan bij deze regionale sociale visie evenals de intentieverklaring die gemeenten en (zorg)partijen met elkaar hebben gesloten op de 24-uursconferentie op 26 en 27 september 2013.

Als vervolg hierop willen zorgaanbieders en gemeenten een gezamenlijke, niet-vrijblijvende, transformatieagenda opstellen. Dat gebeurt –net als bij de andere decentralisaties- op basis van cocreatie, waarbij een ieder vanuit zijn eigen positie en mogelijkheden, zich inzet voor een gezamenlijk ontwikkelingsproces. De gemeenten stellen in overleg met maatschappelijke partners de kaders en bepalen de beoogde resultaten en de beschikbare budgetten. De maatschappelijke organisaties en burgers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het vormgeven van de ondersteuning en het realiseren van de afgesproken resultaten (het HOE).

Het streven is om voor 1 januari 2014 de belangrijkste inhoudelijke uitgangspunten vast te stellen, zodat deze in het voorjaar 2014 uitwerkt kunnen worden. Uiterlijk 1 april 2014 moet de gezamenlijke transformatieagenda klaar zijn. In deze transformatieagenda wordt ook beleid geformuleerd voor de langdurige zorg.

Dit transitiearrangement staat dus niet op zichzelf maar is een (belangrijk) onderdeel van een proces dat moet leiden tot de transformatie van het sociale domein en de jeugdzorg in de regio Arnhem.

3.1 Uitgangspunten en gevolgen van de transformatie

In het overleg op 9 september jl. hebben de gemeenten en zorgaanbieders (al) de volgende uitgangspunten benoemd:

- Het versterken en herstel van eigen kracht bij de gezinnen
- Het versterken van de preventie
- Terugbrengen van het aantal jeugdigen in zorg
- Gespecialiseerde zorg zo kort mogelijk en alleen als het nodig is

- Zo min mogelijk zware zorg, van 2^e naar 1^{ste} (en 0^{de}) lijn
- Tijdens het wachten op zorg wordt ondersteuning geboden

- Voor crisisgevallen waarbij de veiligheid in het geding is, geldt er geen wachttijd.

Deze uitgangspunten sluiten goed aan bij de uitgangspunten uit de intentieverklaring die gemeenten en zorgpartijen hebben afgesloten over de aanpak van de decentralisaties:

¹ Memorie van Toelichting Jeugdwet, p. 3

- Het burgerperspectief is het centrale uitgangspunt voor het handelen. Burgers / inwoners staan aan de basis van de samenleving. Gemeenten en zorgpartijen richten de ondersteuning van burgers in op hun zelfredzaamheid en op hun mogelijkheden om mee te doen.
- De concrete innovatie en uitvoering op lokaal niveau (in de afzonderlijke gemeenten) is richtinggevend voor de te maken afspraken met elkaar op regionaal niveau (de samenwerkende gemeenten).
- In de aanpak van de grote veranderopgave (met minder budget een vernieuwende aanpak realiseren) richten we ons zowel op het borgen van een goede overgang van de oude situatie in 2014 naar de nieuwe situatie in 2015, als op de transformatie op de langere termijn.

De uitgangspunten uit de intentieverklaring zijn ook van toepassing op dit RTA en de op te stellen transformatieagenda.

De gevolgen van deze uitgangspunten zijn onder andere dat:

- De burger en diens sociale netwerk centraal staan. Eigen oplossingen van burgers zijn daarbij het uitgangspunt. Ondersteuning is maatwerk, sluit aan op de leefomgeving van de burger en vindt zoveel mogelijk plaats in de buurt.
- Een integrale aanpak (één huishouden, één plan, één regisseur) rond de leefdomeinen van zelfredzaamheid (financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, justitie en de 'ouderschapsdomeinen': lichamelijke verzorging, sociaal emotionele ondersteuning, scholing, opvang).
- Ondersteuners een omslag maken van 'Van zorgen voor naar zorgen dat'.
- We met mensen kijken naar wat zij kunnen bijdragen aan de samenleving.
- Met minder budget een nieuwe, effectieve en voor burgers passende aanpak moet worden gerealiseerd.
- Dat de organisatie en toedeling van middelen over de (sluitende) jeugdzorgketen er na de transformatie er anders uitziet dan nu het geval is. Dat betekent minder zware zorg en meer preventie, zorg die dichterbij de gezinnen wordt georganiseerd, meer maatschappelijke oplossingen, een flexibele inzet van consultatie uit de 2^e lijn.

3.2 Verschuiving van budgetten

Financieel gezien heeft de transformatie tot gevolg dat de verdeling van de beschikbare middelen over de 0^{de}, 1^{ste} en 2^{de}/3^{de} lijnszorg er anders uit gaan zien. Minder toeleiding naar en inzet van 2^{de} en 3^{de} lijn en meer inzet van de 0^{de} en 1^{ste} lijnszorg. De gemeenten in de regio Arnhem kiezen er op voorhand niet voor om een extra taakstelling op de 2^{de}/3^{de} lijnszorg te leggen, maar gaan ervan uit dat de transformatie en de daarbij behorende andere manier van werken en organiseren leiden tot verschuiving van budgetten. Het budget volgt de oplossing voor de cliënt. In de transformatieagenda zal deze verschuiving 'naar voren' gekwantificeerd worden en afspraken worden gemaakt over de monitoring.

3.3 Afspraken voor 3 jaar

De transformatie van de jeugdzorg is een grote opgave die veel vraagt van en gemeenten en zorgaanbieders. Van de zorgaanbieders worden veel veranderingen gevraagd die redelijkerwijs niet in één jaar zijn te realiseren. Een andere manier van werken, met minder budgetten, versterking van de preventie en beter aansluiten op de lokale situatie. Om die reden hebben gemeenten en zorgaanbieders ervoor gekozen het transitiearrangement niet te beperken tot één jaar.

Gemeenten en zorgaanbieders spreken af dat zij al vanaf 1 januari 2014 willen gaan werken op basis van dit RTA. Het RTA loopt op 31 december 2016 af. In deze periode bieden de zorgaanbieders niet alleen de zorg voor de cliënten die eind 2014 (al) in zorg zitten of een indicatie daarvoor hebben, maar in beginsel ook aan de nieuwe cliënten. Dat is echter geen

automatisme. Voorwaarde is dat zorgaanbieders zich verbinden en actief invulling geven aan de transformatie van de jeugdzorg zoals participeren in lokale jeugdteams en overige lokale initiatieven. Mocht een aanbieder zich onvoldoende actief opstellen of bijdragen aan de transformatieagenda, dan kunnen één of meer gemeenten het besluit nemen om geen zorg meer in te kopen bij die aanbieder.

De innovatie en de daaruit voortkomende ontwikkeling van nieuw en alternatief zorgaanbod betekent dat in deze periode ook ruimte is voor inkoop bij nieuwe aanbieders.

Gemeenten en zorgaanbieders zullen voor de periode 2014-2016 gezamenlijk ijkmomenten vaststellen om te bepalen of de transformatie voldoende op koers ligt. Het gaat onder andere om de inzet van budget, de aantallen jeugdigen in zorg, de aard, kwaliteit en effectiviteit van zorg en de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de visie die ten grondslag ligt aan de transformatieagenda. De monitoring vindt plaats op zowel inhoud als budgetten.

Deze ijkmomenten met de daarbij behorende indicatoren zullen in de transformatieagenda worden opgenomen.

Voor de inkoop van zorg vanaf 1 januari 2017 geldt op voorhand niet het uitgangspunt dat de inkoop bij de bestaande aanbieders plaats vindt. In de transformatieagenda wordt afgesproken op welk moment hierover besluitvorming door de gemeenten plaats vindt.

3.4 Innovatiebudget

Om de noodzakelijke innovatie te bewerkstelligen zijn soms extra budgetten nodig. In overeenstemming met de wens van de zorgaanbieders zal er een regionaal budget komen voor innovatie. De middelen voor dit innovatiebudget komen uit de gedecentraliseerde middelen die de gemeenten via het Gemeentefonds krijgen voor de jeugdzorg. In de transformatieagenda worden de doelen, de gewenste resultaten, de omvang en de criteria voor toekenning van het innovatiebudget samen verder uitgewerkt.

3.5 AI in 2014 aan de slag

Gemeenten en zorgaanbieders willen niet wachten tot 2015 met de transformatieopgaven, maar al in 2014 aan de slag.

De gemeenten worden in 2014 door de provincie betrokken bij het vastleggen van de subsidieafspraken voor 2014 met jeugdzorgaanbieders en het voorsorteren op de transitie per 2015.

Aan provincie en zorverzekeraar/-kantoor wordt gevraagd om in dialoog met de gemeenten en zorgaanbieders te gaan mocht blijken dat bestaande afspraken - en de verantwoording daarover - de transformatie in de regio Arnhem in de weg staat. Daarbij zal in gezamenlijkheid worden gezocht naar oplossingsmogelijkheden.

3.6 In 2014 duidelijkheid over inkoop

De gemeenten krijgen in de meicirculaire van 2014 definitieve duidelijkheid over de budgetten. Dan pas wordt ook helder hoeveel de regio Arnhem exact krijgt voor de Jeugdzorg.

Gemeenten spannen zich er voor in om voor 1 juli 2014 -door de nieuwe colleges van B&W- bestuurlijke besluiten te nemen over de kaders waarbinnen de inkoop van zorg voor 2015 plaats gaat vinden. Deze bestuurlijke besluiten worden ambtelijk voorbereid in samenspraak met de zorgpartijen. De voorbereidingen starten januari 2014.

4. Specifieke afspraken in relatie tot regionaal transitiearrangement

4.1 Toegangstaken

De toegangstaken worden lokaal belegd, afhankelijk van de individuele keuze van de gemeenten. Over het algemeen geldt dat de toegang tot jeugdhulp wordt geregeld vanuit de lokale wijk- of jeugdteams. In het regionaal sturingsmodel dat de gemeenten aan het ontwikkelen zijn, zal duidelijk worden of en op welke wijze toegangstaken op bovenlokaal niveau worden georganiseerd. Uiterlijk op 1 juli 2014 wordt hier door de gemeenten over besloten.

Uiterlijk op 1 januari 2015 zullen gemeenten in de regio de toeleidingsfunctie hebben belegd, waarbij ook de verwijzingsmogelijkheid van o.a. de huisartsen is betrokken.

Voor wat betreft de informatie en adviestaken zullen de gemeenten uiterlijk op 1 juli 2014 besluiten waar en op welke wijze deze worden belegd en georganiseerd.

4.2 Continuïteit van cliënten bij Bureau Jeugdzorg in de vrijwillige hulpverlening

Cliënten die eind 2014 nog in de vrijwillige hulpverlening bij BJZ zitten (zorgmeldingen, SEZ, AMK, indicatiestelling en casemanagement drang) zullen – afhankelijk ook van de nog te maken bestuurlijke keuzes over o.a. AMK en toeleiding naar zorg- worden toegeleid naar het lokale veld c.q. de gebiedsteams. In de transformatieagenda worden afspraken geconcretiseerd en vastgelegd.

4.3 Jeugdbescherming en Jeugdreclassering

De dranghulpverlening in het vrijwillige kader en de maatregelen Jeugdbescherming (JB) en Jeugdreclassering (JR) worden uitgevoerd door gecertificeerde instellingen. Deze dienstverlening wordt regionaal georganiseerd en ingekocht. Als uitvloeisel van de afspraak dat voor 2015/2016 de huidige aanbieders –onder voorwaarden- in beginsel de zorg leveren, betekent dit dat Bureau Jeugdzorg Gelderland en de Landelijk Werkende Instellingen (LWI's) voor deze periode, al dan niet via onderaannemerschap, de voorwaardelijke hulpverlening en de maatregelen JB en JR uitvoeren voor de regio Arnhem. Dit onder de voorwaarden zoals genoemd in paragraaf 2.8

Ook voor de uitvoering van de voorwaardelijke hulpverlening en de maatregelen JB en JR geldt dat in 2016 besloten wordt welke partij(en), en op welke wijze, dit gaan uitvoeren na 1 januari 2017. Aan BJZ Gelderland en de LWI's wordt gevraagd hierin actief mee te denken en met voorstellen te komen.

4.4 Advies en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) onderzoekt en adviseert op het gebied van (mogelijke) kindermishandeling. Wat betreft de positionering van het AMK in relatie tot het Steunpunt Huiselijk Geweld is inmiddels onderzoek verricht naar mogelijke varianten. Uiterlijk op 1 juli 2014 zullen daarover bestuurlijke keuzes worden gemaakt door de gemeenten.

4.5 Pleegzorg

Voor de pleegzorg geldt dat cliënten een indicatie kunnen hebben langer dan een jaar. Deze worden gerespecteerd door de gemeenten en uitgevoerd door de desbetreffende zorgaanbieders. In het geval de indicatie doorloopt tot na 31 december 2016, dan zal voor 1 oktober 2016 een besluit worden genomen over de wijze van voortzetting na 31 december 2016.

4.6 Wachtlijst cliënten

Onder 'wachtlijst cliënten' worden cliënten bedoeld met een indicatie per 31-12-2014, die op dat moment nog niet in zorg zijn. Met de cliënten die op de wachtlijst staan voor een bepaald zorgaanbod (in het huidige stelsel) zal in overleg worden gegaan over mogelijkheden voor alternatieve oplossingen.

Met het in stand houden van de zorginfrastructuur zoals in dit regionale transitiearrangement is uitgewerkt, zorgen de gemeenten voor een voldoende toegeruste infrastructuur; ook cliënten die op 31 december 2014 hun indicatie niet hebben omgezet in een traject, kunnen die indicatie in de loop van 2015 omzetten in een zorgtraject, waarbij in overleg met de cliënt gekeken wordt naar alternatieve oplossingen. De zorgaanbieders en BIZ en het CIZ spannen zich in om de trend van de afgelopen jaren – dalende wachtlijsten – voort te zetten en te voorkomen dat richting de transitiedatum van 1 januari 2015 nieuwe wachtlijsten gaan ontstaan. Hierover zullen door de gemeenten nadere afspraken worden gemaakt met BIZ en het CIZ.

De bij het transitiearrangement betrokken zorgaanbieders geven de garantie dat er tenminste voor de categorie crisisgevallen waarbij de veiligheid in het geding is geen wachttijden zijn.

De transitie heeft tot gevolg dat het huidige ‘recht op zorg’ wordt vervangen door ‘ondersteuning’ voor de cliënt. In overleg met de cliënt wordt bepaald of, in aansluiting op de mogelijkheden in het eigen netwerk, professionele ondersteuning gewenst is en welk aanbod beschikbaar is.

5 Noodzakelijke infrastructuur

Onder de noodzakelijke infrastructuur worden de afspraken bedoeld met voor de regio relevante instellingen, die immers de bestaande zorgstructuur leveren. Hieronder worden de jeugdhulpaanbieders verstaan die zorg uitvoeren voor de periode van een jaar (voor pleegzorg langer). Dit betekent dat bestaande zorgproducten aangeboden moeten blijven worden in het kalenderjaar 2015, voor die cliënten waarvoor continuïteit van zorg geldt. Over de bovenregionale voorzieningen zal de regio Arnhem afspraken maken met de andere regio's.

Om de noodzakelijke structuur en continuïteit van zorg te waarborgen is het van belang dat zorgaanbieders duidelijkheid hebben over de randvoorwaarden van de gemeenten. In 2.5 en 3.3. is al aangegeven dat het RTA voor een periode van 2 jaar geldt en dat de huidige aanbieders –onder voorwaarden- ook de nieuwe cliënten zorg aanbieden. Hoewel de budgetten voor 2015 al zullen afwijken van de huidige budgetten, betekent dit wel een belangrijke mate van financiële zekerheid voor de aanbieders, waarmee zij ook verantwoord in staat zijn om de zorgproducten voor 'bestaande' cliënten door te zetten in 2015.

Het aanbod voor nieuwe cliënten hangt af van de afspraken uit de Transformatieagenda. Het is goed mogelijk dat bepaalde zorgproducten niet meer worden aangeboden. De zorgaanbieders zitten echter zelf om tafel met de gemeenten bij het opstellen en uitwerken van de transformatieagenda en kunnen zelf sturen op de gevolgen van de transformatie voor hun zorgaanbod.

6 Friciekosten

Iedere bezuiniging en stelselherziening gaan gepaard met frictiekosten, zo ook de transitie jeugdzorg. De frictiekosten worden voor gemeenten problematisch wanneer de continuïteit van zorg in gevaar is. Gemeenten zijn niet aansprakelijk voor frictiekosten. In dit arrangement lossen we de frictiekosten dan ook niet op.

6.1 3 scenario's denkbaar

In principe zijn de volgende drie scenario's denkbaar voor de frictiekosten:

- Scenario 1: niets doen
Gemeenten ondernemen niets richting de jeugdzorgaanbieders. De jeugdzorgaanbieders moeten zelf de frictiekosten opvangen. Instellingen zullen in de eigen cirkel van invloed maatregelen kunnen nemen om frictiekosten te beperken.
- Scenario 2: frictiekosten verminderen
Gemeenten bekijken samen met jeugdzorgaanbieders hoe zijn de frictiekosten kunnen beperken. Er is geen sprake van vergoeding.
- Scenario 3: frictiekosten vergoeden
Gemeente vergoeden (delen) van de frictiekosten voor de jeugdzorgaanbieders. Hiervoor is de hoogte mede afhankelijk van de mate waarin de zorgcontinuïteit van een instelling in gevaar komt.

6.2 Regio Arnhem kiest voor beperking frictiekosten

Het is in het belang van gemeenten om jeugdzorgaanbieders te ondersteunen bij het beperken van de frictiekosten. De continuïteit van zorg zou anders immers in gevaar kunnen komen. Wanneer gemeenten frictiekosten vergoeden, moeten zij dit opvangen binnen het

jeugdzorgbudget. Dit leidt tot minder budget dat besteed kan worden aan zorg. Dit is vanuit het perspectief van de cliënt en jeugdzorgaanbieder onwenselijk.

De gemeenten binnen de Arnhem kiezen voor scenario 2.

De gemeenten realiseren zich daarbij dat het geven van duidelijkheid over bv. de lengte van het RTA, de inkoop van zorg en andere maatregelen kunnen bijdragen aan beperking van de frictiekosten. Aan de andere kant hebben de zorgaanbieders zelf ook een verantwoordelijkheid. De decentralisatie van de jeugdzorg is al een aantal jaren bekend en de zorgaanbieders hebben zich daar op kunnen voorbereiden. Veel zorgaanbieders in de regio Arnhem hebben aangegeven te anticiperen op beperking van mogelijke frictiekosten door te werken met een flexibel personeelsbestand, het afstoten van gebouwen in eigendom, meer gebruik van huurpanden en het terughoudend omgegaan met het aangaan van nieuwe verplichtingen.

6.3 Hoogte frictiekosten onvoldoende betrouwbaar

Zorgaanbieders zijn in dit stadium nog niet in staat de hoogte van de frictiekosten betrouwbaar in beeld te brengen. Dit komt doordat ten tijde van de uitvraag (zomer 2013) de zorgaanbieders nog geen concreet zicht hebben op de verdeling van budgetten naar instellingsniveau. Bovendien was de afspraak dat het RTA loopt tot en met 2016 toen nog niet bekend. Een betrouwbare schatting van de frictiekosten is pas mogelijk als alle (rand)voorwaarden bekend en uitgekristalliseerd zijn.

Overigens heeft besluitvorming over budgetverdeling in andere regio's ook gevolgen voor de hoogte van de frictiekosten van aanbieders die in meerdere regio's actief zijn. Dit beeld zal pas helder worden op 31 oktober als alle regio's hun transitiearrangementen gereed hebben.

6.4 Afspraken voor beperking frictiekosten

De gemeenten en zorgaanbieders in de regio Arnhem hebben een aantal uitgangspunten en afspraken opgesteld die gunstig zijn voor de beperking van de frictiekosten:

- Het RTA geldt voor 2 jaar (2015/2016) en in die periode leveren de huidige aanbieders in beginsel ook de zorg aan nieuwe cliënten. Dat biedt bepaalde financiële zekerheden voor de aanbieders. Aanbieders hebben daarmee langer de mogelijkheid om zich voor te bereiden op de gevolgen van de transformatie
- Bestaande verplichtingen die doorlopen tot na 1 januari 2017 kunnen tijdig worden opgezegd door de zorgaanbieders.
- Er wordt een gezamenlijke transformatieagenda opgesteld door gemeenten en zorgaanbieders, met concrete doelen en activiteiten. Zorgaanbieders zitten zelf aan tafel en kunnen dus pro actief sturen op de gevolgen zijn voor personeel en/of huisvesting
- Er wordt duidelijkheid gegeven over het tijdspad van inkoop van zorg
- Het initiatief van de provincie Gelderland voor de mobiliteitspool wordt door de regio Arnhem ondersteund.
- De branche Jeugdzorg in Gelderland heeft aangegeven in coöperatief verband combinaties van zorg te willen bieden. Dit kan positief bijdragen aan afspraken over mobiliteit van personeel
- Het innovatiebudget wordt ingezet om transformatiedoelen te behalen. Een neveneffect kan daarbij zijn dat projecten uit dit innovatiebudget een positieve bijdrage leveren aan het beperken van de frictiekosten.

7. Aantal unieke cliënten en indicatieve budgetten

De uitvraag aan de instellingen is door ongeveer 50% van de aangeschreven instellingen beantwoord en geretourneerd. Tot twee keer toe is de termijn verlengd waarop de gegevens konden worden aangeleverd. Onder die 50% die wel de uitvraag beantwoord hebben, zitten bijna alle grotere zorgaanbieders in de regio Arnhem.

7.1 Huidige gegevens te onbetrouwbaar

Bij de beantwoording van de uitvragen kwamen de volgende verschillen en problemen naar voren:

- Instellingen registreren niet op het woonplaatsbeginsel en/of het woonplaatsbeginsel is verschillend gebruikt waardoor bv. aantallen en kosten soms zijn verdeeld op basis van de woonplaats van de cliënt en soms op basis van de woonplaats van de voogd
- De instellingen is gevraagd het totaal aantal cliënten over 2012 aan te leveren in de 1e tabel op elk tabblad. In sommige gevallen is echter data aangeleverd van 1 peildatum in plaats van data over een heel jaar.
- Kosten worden door de verschillende registratiesystematieken verschillend berekend en weergegeven. De aangeleverde gegevens zijn één op één overgenomen in de berekeningen zonder verdere controle op juistheid, waarbij we er van uit zijn gegaan dat de aangeleverde kostprijzen een omzetmarge omvatten. De kosten zijn als kostprijs per product uitgevraagd voor 2012; de aangeleverde gegevens betreffen kostprijzen per product voor 2012 of 2013 of omzet per jaar voor 2012. Er is geen indexering toegepast om de cijfers te extrapoleren naar 2015 en 2016.
- De eigen bijdrage voor cliënten boven de 18 is in sommige gevallen niet van totale kosten afgehaald. Dit kan leiden tot een lichte overschatting van de kosten.
- In het uitvraagbestand zijn productcategorieën gehanteerd die zijn gebaseerd op de handreiking transitiearrangementen jeugd. In de praktijk komen deze categorieën niet 1 op 1 overeen met de categorieën zoals die gehanteerd worden in de administratie van de diverse instellingen. Instellingen hebben de herverdeling van hun activiteiten naar de gevraagde categorieën op basis van eigen inschattingen gemaakt.
- Instellingen geven soms hun eigen productcategorieën die niet zijn vertaald naar de productcategorieën van de uitvraag. Deze cijfers zijn niet meegenomen in de analyse.

Dat betekent dat de aangeleverde gegevens een indicatie zijn, maar te onbetrouwbaar zijn om te gebruiken voor bv. exacte budgetafspraken per zorgaanbieder of zorgproduct. Bovendien zijn de Vektis cijfers per zorgaanbieder nog niet beschikbaar. Naar verwachting zal dit later in oktober het geval zijn.

Opgemerkt moet worden dat deze verschillen in registratie niet uniek zijn voor de regio Arnhem, maar dat dit zich in het hele land voordoet. Elke sector (AWBZ, Zvw, Jeugdzorg) gebruikt zijn eigen registratiesystematiek, op basis van afspraken met de financier, en daarbij kunnen binnen de sectoren ook nog weer (regionale) verschillen zijn.

Het is voor zowel gemeenten als zorgaanbieders in de regio Arnhem van belang dat de (cliënt)administraties zo snel mogelijk op een uniforme manier de juiste gegevens kunnen leveren, zodat op basis van betrouwbare informatie gestuurd en verantwoord kan worden. Daarbij gaat het in ieder geval over aantallen jeugdigen in zorg, het betreffende zorgaanbod en de kosten van dat zorgaanbod. Uitgangspunt is dat de regionale indicatoren leidend zijn voor de (her)inrichting van de registratiesystemen.

Gemeenten en zorgaanbieders in de regio Arnhem streven er naar om eind 2013 duidelijkheid te hebben op welke indicatoren verantwoord en geregistreerd moet worden. Daarbij zullen ook afspraken worden gemaakt over het proces en tijdsplan waarop de zorgaanbieders hun registratiesystemen daarop moeten hebben ingericht.

7.2 Aantallen unieke cliënten

Volgens de CBS cijfers waren er in de regio Arnhem 2012 17.115 'unieke cliënten' in zorg, onderverdeeld in 8.285 provinciale jeugdzorg (incl. BJZ), 6.780 Zorgverzekeringswet en 2.050 AWBZ. De cijfers van SCP/Cebeon wijken daar iets van af, maar niet bijzonder veel. De uitvraag voor het RTA leverde 13.608 unieke cliënten op, 80% van het CBS-aantal. Dat betekent dat de 50% aanbieders goed zou zijn voor 80% van de cliënten in de regio Arnhem. Dit beeld lijkt logisch omdat alle grotere aanbieders gegevens hebben aangeleverd voor het RTA.

Aantal unieke cliënten	Totaal
Uitvraag RTA - 2012	13.608
Jeugd- en opvoedhulp (incl. BJZ)	7.213
Jeugd-GGZ	5.015
Jeugd-(L)VG	1.380
CBS	17.115
Provinciale jeugdzorg incl. BJZ 2011	8.285
Zvw 2010	6.780
AWBZ 2011	2.050
Jeugdspiegel (SCP en Cebeon)	16.695
Provinciale jeugdzorg incl. BJZ 2011	8.285
Zvw 2010	6.360
AWBZ 2011	2.050

7.3 Opgegeven kosten

De uitvraag leverde een totaal aan kosten op van ruim 90 miljoen euro. Dat is op basis van 80% van de cliënten. Als dit geëxtrapoleerd² wordt naar 100%, zouden de kosten op ruim 114 miljoen uitkomen voor een heel jaar. Dit betreft zowel de kosten voor huidige cliënten als voor cliënten die nieuw instromen in dat jaar, en is daarmee breder dan de scope van de transitiearrangementen.

De ingeschatte kosten van 114 miljoen zijn 17 miljoen boven het budget dat de gemeenten volgens de meicirculaire zouden krijgen (bijna 97 miljoen euro).

² Hierbij wordt de aanname gemaakt dat de gemiddelde kosten per cliënt voor de ontbrekende 20% van de cliënten gelijk zijn aan de gemiddelde kosten per cliënt voor de reeds aangeleverde 80% van de cliënten. Het extrapolatie percentage is gebaseerd op de cijfers van CBS; hier kunnen definitieverschillen in zitten met de uitvraag van BMC.

Kosten totaal €	Totaal
Budget gemeentefonds	€ 96.914.830
Uitvraag RTA (80% van cliënten)	€ 90.728.620
Jeugd- en opvoedhulp (incl. BJZ)	€ 48.667.239
Jeugd-GGZ	€ 25.880.500
Jeugd-(L)VG	€ 16.180.881

7.4 Budgetverdeling

Bij de meicirculaire 2014 weten de gemeenten pas definitief wat de omvang van het gedecentraliseerde budget is. Dit is ook leidend voor de definitieve berekeningen. Op dit moment kan alleen met voorlopige budgetindicaties worden gewerkt op domeinniveau (Jeugdzorg, Zvw, AWBZ).

Op de budgetten die per 2015 beschikbaar komen, moet met een aantal factoren rekening worden gehouden

- 2,2% van het budget moet worden gereserveerd voor de zorg die in het landelijk RTA wordt afgesproken (bron: VNG). Het landelijke RTA zal in oktober bekend zijn.
- De eventuele bijdrage voor het bovenregionaal RTA is nog niet bekend: PM
- Afsproken is om een apart innovatiebudget te reserveren (zie ook 3.4). Als uitgangspunt wordt 3% van het beschikbare budget genomen (ongeveer 2,8 miljoen euro voor 2015, uitgaande van de meicirculaire 2013).
- Voor de uitvoeringskosten van de gemeenten wordt 2% gereserveerd. Daarbij gaat het o.a. om de inkoop van zorg, monitoring en verantwoording, registratie en ICT.
- In de transformatieagenda worden de verschuivingen van de budgetten 'naar voren' (van 2^{de}/3^{de} lijn naar 0^{de}/1^{ste} lijn gekwantificeerd. Deze zijn nu nog PM maar hebben dus gevolgen voor de omvang het budget voor de 2^{de}/3^{de} lijn.
- Het voorbehoud dat de meicirculaire 2014 andere bedragen laat zien voor de gemeenten in de regio Arnhem dan de meicirculaire 2013.

Uitgaande van de meicirculaire 2013 betekent dit voor 2015 dat in deze berekening het beschikbare regionale jeugdzorgbudget 89,9 miljoen euro bedraagt (96,9 miljoen – 7.2%) exclusief de 2 PM posten. Invulling van de PM posten leidt tot verlaging van dit budget.

Dit leidt tot de volgende voorlopige budgetindicaties voor de clusters Jeugdzorg, ZvW en AWBZ (marges -10 tot + 10%), gebaseerd op het aandeel cliënten populatie.

Cluster	Aandeel cliëntenpopulatie	Budgetindicatie (exclusief PM) -10 % - + 10%
Jeugdzorg	48,4% (8285/17115)	€ 39,15 – 47,85 mln.
Zvw	39,6% (6780/17115)	€ 32,05 - 39,15 mln.
AWBZ	12% (2050/17115)	€ 9,7 - 11,9 mln.